

## 皮膚・排泄ケア認定看護師同行訪問に関する同意書

富士市立中央病院より認定看護師の同行訪問を依頼します。同行訪問に関する説明を理解し、同行訪問を受けることに同意いたします。

### 【ご本人またはご家族様】

記入日                      年                      月                      日

利用者名 \_\_\_\_\_

代諾者名（ご本人が記入できない場合）

続柄 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

### 【かかりつけ医療機関】

認定看護師の同行訪問に同意いたします。

病院名 \_\_\_\_\_

医師名（自筆） \_\_\_\_\_

### 【説明看護師】

説明日                      年                      月                      日

説明者（自筆） \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_